M. Hughes
H. Bennett
hommage de profond respect
Ch. Robin

# NOTE

SUR

# QUELQUES HYPERTROPHIES GLANDULAIRES.



# NOTE

SUR QUELQUES

# HYPERTROPHIES GLANDULAIRES,


**PAR M. LE Dr CH. ROBIN,**

Agrégé à la Faculté de médecine de Paris.


---


EXTRAIT DE LA GAZETTE DES HOPITAUX.


---


PARIS

TYPOGRAPHIE PLON FRÈRES,

RUE DE VAUGIRARD, 36.

1852

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b2147557x

# NOTE

SUR

# QUELQUES HYPERTROPHIES GLANDULAIRES.

Les glandes du col de l'utérus peuvent présenter trois sortes de lésions, qui toutes du reste se retrouvent aussi dans les autres glandes, mais avec des différences qui correspondent aux différences qui distinguent les glandes les unes des autres. Je me propose ici de faire connaître ce que présente de particulier chacune de ces altérations lorsqu'on pousse l'anatomie pathologique jusqu'à l'examen des *éléments anatomiques* qui composent les tissus, au lieu de se borner à la simple étude des tissus, qui ne fait connaître que la couleur, la consistance, etc. Cela ne veut pas dire que l'examen de la texture et des éléments qui composent le tissu exclue celui de la consistance, de la couleur; cela ne veut pas dire, en un mot, que l'examen fait à l'aide du microscope doive faire rejeter l'observation des caractères qui se constatent à l'œil nu. Au contraire, le premier de ces moyens vient en aide au second, et, comme l'a dit M. Broca, le microscope apprend à se servir de l'œil nu; car, en effet, il enseigne à prendre en considération beaucoup de particularités de couleur, consistance, etc., qui sans lui seraient négligées. Mais, dans l'exa-

men de tout tissu, normal ou morbide, il faut toujours avoir présent à l'idée ce qui suit :

Toute production pathologique, comme tout tissu normal, doit ses propriétés caractéristiques à un ou plusieurs éléments anatomiques, qui en jouissent particulièrement, mais qui ne manifestent ces propriétés d'une manière très évidente que lorsqu'ils sont réunis en masse; car ces éléments ne sont pas visibles à l'œil nu, d'où la nécessité d'employer le microscope si on veut en constater l'existence. Le tissu musculaire, par exemple, doit sa propriété de *contractilité* à ce qu'il a pour élément anatomique essentiel et principal, quant à la masse, des *fibres contractiles ;* de même pour les nerfs, quant à la sensibilité, etc., ils la doivent à des tubes ou éléments anatomiques tubuleux qui ont leurs caractères propres comme les fibres musculaires ont les leurs; celles du tissu élastique ont les leurs aussi, etc. Ce qui précède s'applique au cancer comme aux muscles, et aux tumeurs épithéliales, hypertrophiques glandulaires, etc., comme au cancer. Celui-ci doit ses propriétés à ce qu'il a pour élément une espèce de cellule particulière; ou, sous un autre point de vue, avec les propriétés que possède le tissu cancéreux, on voit coexister une espèce particulière d'élément anatomique.

Ainsi on détermine qu'un tissu sain ou un tissu morbide ont telle ou telle nature (nerveuse, musculeuse, cancéreuse, etc.), parce qu'on y trouve tel ou tel élément (nerveux, musculaire, cancéreux, etc.), vu que l'expérience a fait reconnaître que, toutes les fois qu'il existe dans un tissu, celui-ci possède telle ou telle propriété. On détermine, en un mot, la nature d'un tissu par la détermination des éléments qui le composent. Or, comme ces éléments ne sont pas visibles à l'œil nu, on est forcé d'employer un instrument qui grossisse suffisamment pour en faire voir tous les caractères distinctifs.

Mais voici maintenant comment le microscope apprend à

se servir de l'œil nu, comment l'étude des éléments réagit utilement sur l'étude des tissus qu'ils forment. C'est que le microscope montre qu'avec telle particularité d'aspect extérieur coïncide une particularité de constitution interne ou élémentaire. Il n'est pas un point d'une tumeur qui, présentant quelque chose de spécial dans sa couleur, sa consistance, etc., ne présente aussi quelque chose à noter sous le rapport des éléments accessoires (granulations moléculaires, matière amorphe, etc.) qu'on y trouve, sous le point de vue de la proportion des éléments fondamentaux, sous celui de leur arrangement. Il résulte de là qu'on a été conduit à tenir compte de beaucoup de particularités qui étaient négligées, et, fait plus important, on a été conduit à reconnaître quelles sont les particularités de couleur, consistance, etc., qui sont importantes à prendre en considération, parce qu'elles sont dues à la présence de l'élément fondamental caractéristique; quelles sont celles qui n'ont qu'une valeur secondaire, parce qu'on n'y trouve que des éléments accessoires. Puis, enfin, de tout cela il est résulté, pour ceux qui unissent l'étude des éléments anatomiques à celle des tissus, qu'ils ont appris à connaître pour un grand nombre de cas à quelle disposition intérieure ou intime est dû l'aspect extérieur du tissu, car il y a corrélation entre l'un et l'autre. Mais je dis dans un grand nombre de cas, et non dans tous, car les produits morbides, surtout, offrent un nombre considérable d'aspects variés; et si, dans le plus grand nombre des circonstances, il reste quelque chose de caractéristique dans l'aspect extérieur qu'on peut reconnaître comme dû à la présence de tel élément, il en est dans lesquelles le microscope doit intervenir de toute nécessité pour démontrer la nature réelle du tissu. Voici à quoi tient que la constitution intime ou élémentaire n'est pas indiquée absolument toujours par quelque chose de caractéristique à l'extérieur : c'est que dans un tissu, à côté d'un élément fondamental, caractéristique, comme le tube nerveux pour les

nerfs, la cellule cancéreuse pour le tissu de ce nom, il y a les éléments accessoires signalés plus haut et les capillaires qui peuvent présenter des variations infinies : 1° de proportions; 2° d'arrangement ou de texture.

Voici pour ce qui concerne une tumeur prise en particulier; mais pour l'ensemble des productions morbides, les résultats sont plus importants. Le microscope a fait découvrir plusieurs espèces nouvelles d'éléments anatomiques inconnues jusqu'alors. Il a fait reconnaître aussi que, dans les tissus pathologiques décrits sous une même dénomination, l'on confondait plusieurs espèces diverses, qu'on rapprochait faute de savoir à quelle composition intime élémentaire rattacher des caractères extérieurs qu'on croyait ne pas être absolument les mêmes. Telles sont les tumeurs *épithéliales*, certaines hypertrophies glandulaires, les tumeurs fibro-plastiques formées surtout de noyaux, etc., qu'on voyait et qu'on voit encore quelquefois confondues avec les cancéreuses, par les esprits lents à suivre le progrès ou routiniers. D'autres plus arriérés ou, mieux, plus nuls encore considèrent certaines de ces tumeurs comme tenant le milieu entre les tumeurs fibreuses et le cancer, etc., comme si l'on pouvait être à la fois deux choses, ou assis entre deux chaises. Quelques-uns objecteront sans doute qu'ils appelleront tumeurs intermédiaires entre deux autres espèces celles qui, par exemple, renferment à peu près parties égales de tissu cellulaire ou de fibro-plastique et d'éléments cancéreux. Mais je répondrai que l'observation montre que chaque tissu prend le nom de l'élément dont il reproduit les propriétés que l'observation a montré lui être spéciales; cet élément est *caractéristique* de ce tissu. C'est ainsi, pour prendre un exemple bien net, qu'on appelle filets nerveux du grand sympathique, et non cordons cellulaires, des filaments nerveux viscéraux dans lesquels il y a dix fois plus, en volume, de tissu cellulaire névrilématique que de tubes nerveux; parce que ce qui rend ce cordon différent

des filaments quelconques de tissu cellulaire, c'est d'avoir au centre des éléments doués de certaines propriétés bien tranchées.

Les diverses espèces de productions morbides autrefois confondues ensemble ont toutes des caractères extérieurs propres qu'on a appris à reconnaître dans le plus grand nombre de cas, c'est-à-dire qu'on a appris à rattacher à la présence de tel ou tel élément fondamental caractéristique. Ce qui l'a appris, c'est l'observation répétée, et pour cela nulle supériorité intellectuelle ne pouvait remplacer l'expérience. Mais de cette expérience acquise les résultats peuvent être transmis, et l'on peut, sans avoir vu les éléments anatomiques, apprendre que tels caractères extérieurs qu'on ne séparait pas assez de tels autres, coïncident toujours avec la présence d'un autre élément caractéristique qui n'avait pas encore été pris en considération; qu'il est, par exemple, telle matière pultacée exprimée d'une tumeur, et qui était prise pour du suc cancéreux qui est formée par des cellules épithéliales et non par celles du cancer.

Les glandes du col utérin sont des *follicules*, c'est-à-dire des glandes à cul-de-sac simple, ou en simple doigt de gant; ne présentant pas, en un mot, des culs-de-sac multiples (dont l'ensemble forme un *acinus*) s'abouchant tous en un seul conduit excréteur. Elles ont, en général, dans l'état de vacuité de l'utérus, 1 millim. à 1 millim. et demi de longueur sur un quart ou un demi-millim. en largeur. Souvent l'orifice est un peu plus étroit que le fond du follicule. Il faut savoir, du reste, que ce follicule est souvent couvert de bosselures ou boursouflures, qui sont des espèces de culs-de-sac rudimentaires, lesquels, dans l'hypertrophie pathologique, augmentent considérablement de longueur et forment de véritables doigts de gant ou culs-de-sac séparables par dilacération du reste de la glande.

L'un de mes élèves, M. le docteur Luna, vient d'en publier

la description et les figures d'après mes dessins. (*Thèse*, janvier 1852, pl. 1.) Ces follicules sont tapissés d'un épithélium cylindrique, pourvus de cils vibratiles dans le voisinage de l'orifice. La paroi de ces glandes, surtout sur les lèvres du col, est intimement adhérente au tissu de la muqueuse. Elle est formée d'éléments du tissu cellulaire et fibro-plastique, fortement unis par de la matière amorphe, qui, dans quelques cas d'hypertrophie, forme une sorte de vernis, ou couche mince amorphe, à la face interne de la paroi. C'est sur cette couche mince qu'est appliquée la membrane épithéliale, dont les cellnles adhèrent fortement ensemble, ce qui permet d'enlever des gaînes épithéliales ou lambeaux considérables, reproduisant la forme de la glande qu'elles tapissaient. Cela est commun à toutes les glandes dont les épithéliums sont serrés, surtout dans les cas d'hypertrophie (mamelle hypertrophiée, glandes salivaires hypertrophiées, follicules du rectum, glandes de Brunner, etc.).

Une *première* sorte d'hypertrophie de ces glandes ou follicules du col est celle avec dilatation kysteuse; elle donne naissance aux kystes appelés *œufs de Naboth,* quand ils sont sur les plis de l'arbre de vie et bien isolés. Sur les lèvres du col, ils restent souvent enclavés dans l'épaisseur du tissu, et ne font pas ou presque pas saillie à la surface, si ce n'est quand ils acquièrent le volume d'un pois ou au delà. Je renvoie, pour leur description, aux travaux de M. Huguier, à mon mémoire sur la muqueuse de l'utérus (*Arch. gén. de méd.,* 1848) et à la thèse de M. Luna.

Je rappellerai seulement la conservation constante de l'orifice glandulaire sur ces kystes et celle de l'épithélium cylindrique. Toutefois, quand le kyste prend le volume d'une noisette ou à peu près, souvent cet épithélium se résorbe et disparaît complétement. Ainsi, il ne tend ici nullement à s'atrophier. Quand ces kystes sont petits, ils renferment un mucus visqueux généralement transparent; ils renferment 1° des

cellules d'épithélium cylindrique, 2° des épithéliums nucléaires, 3° de petits corpuscules spéciaux à ces kystes, et 4° des *corpuscules granuleux* analogues à ceux dits *corpuscules granuleux de l'inflammation*, parce qu'on les trouve surtout dans les liquides qui se produisent là où il y a inflammation chronique, et même dans le pus. Dans les glandes à l'état normal, il n'y a guère que des cellules d'épithélium. Je fais cette remarque; car il semblerait résulter de la thèse de M. Luna que ces quatre sortes de corps existent dans l'état normal, ce qui n'est pas. Dans les kystes volumineux, souvent le liquide est grisâtre ou brunâtre, ce qui tient à l'abondance des deux dernières sortes de corpuscules, et quelquefois à des globules de sang épanché.

La *deuxième* sorte d'hypertrophie des glandes du col est plus importante à décrire. On l'observe surtout dans les polypes du col utérin, et principalement dans ceux dits *utéro-folliculaires* (Huguier et thèse de M. Luna), c'est-à-dire dans ces polypes dus à une hypertrophie de toute la muqueuse des plis de l'arbre de vie, présentant un pédicule fibreux vers le centre et à la surface la muqueuse épaissie avec ses glandes hypertrophiées.

Ces glandes sont à la fois hypertrophiées et dilatées; l'orifice est élargi et se voit à la surface du polype. Il est béant, et a quelquefois 2 à 3 millimètres, et même plus en largeur. Il verse un mucus filant, visqueux, tenace. Ces orifices donnent souvent à la surface du polype un aspect aréolaire, et conduisent dans une cavité glandulaire qui, quelquefois, logerait facilement un pois. Entre ces cavités glandulaires dilatées et hypertrophiées, on en trouve dans l'épaisseur du tissu de la surface du polype quelques autres qui sont hypertrophiées, reconnaissables à la structure que nous allons décrire, mais que l'on ne voit pas à l'œil nu. Cependant, quand la couche d'aspect charnu, qui souvent se distingue bien du pédicule ou filament central fibreux, est épaisse, on voit quelquefois de ces glandes

hypertrophiées dont la cavité est dilatée en forme de petit kyste du volume d'une tête d'épingle ou un peu plus. Le mucus qui sort des glandes de la surface a la même composition que celui des œufs de Naboth. Voici maintenant quelle est la structure des parois.

La plus grande épaisseur de celles-ci est formée par une épaisse couche d'épithélium, et à la surface antérieure de celle-ci existe souvent la matière amorphe dont nous avons parlé précédemment; plus en dehors encore se trouve du tissu cellulaire, des éléments fibro-plastiques, mais en petite proportion, comparativement aux glandes qu'ils séparent l'une de l'autre ; car celles-ci forment la plus grande masse du tissu charnu superficiel du polype, tissu plus ou moins distinct du pédicule fibro-vasculaire central.

L'épithélium qui tapisse ces glandes est épais ; il forme une couche qui s'enlève en lambeaux ou gaînes, conservant fréquemment la forme des bosselures naturelles des glandes, lesquelles, en s'hypertrophiant, forment des culs-de-sac assez développés, dont on a quelquefois deux ou trois à côté l'un de l'autre sur le même lambeau épithélial. Si maintenant nous examinons la constitution de cette gaîne épithéliale elle-même, nous y trouverons plusieurs particularités intéressantes.

Souvent elle est constituée par un seul rang de cellules d'épithélium cylindrique dépourvues de cils vibratiles et un peu hypertrophiées elles-mêmes, c'est-à-dire un peu plus grandes qu'à l'état normal. Il n'est pas rare de trouver cette gaîne ou couche épithéliale retirée de la cavité qu'elle tapisse et en reproduisant la forme, constituée par plusieurs rangs de cellules superposées. La rangée la plus superficielle est la plus régulière, et comprend celles des cellules qui sont le plus fortement adhérentes ensemble. Les rangées les plus extérieures, au nombre de deux ou trois, autant qu'on en peut juger par l'épaisseur du tout, sont représentées par des

cellules confusément accumulées et entre lesquelles est interposéede la matière amorphe finement granuleuse, plus ou moins consistante, mais en général assez molle ; ces cellules sont moins régulières que les autres et toujours accompagnées d'*épithélium nucléaire*, c'est-à-dire de noyaux libres semblables à ceux que renferment les cellules.

J'ai montré ailleurs (*Tableaux d'anatomie*, Paris, in-4°, 1850; voyez aussi la thèse d'un de mes élèves, M. le docteur Toutan : *Thèse pour le doctorat en chirurgie*, *Essai sur la classification des tumeurs*) que les épithéliums nucléaires, qui normalement tapissent les culs-de-sac de la mamelle, des glandes salivaires, etc., peuvent être, dans l'hypertrophie de ces glandes, remplacés par des épithéliums pavimenteux. On peut, sur une même glande hypertrophiée, voir des culs-de-sac tapissés par l'épithélium nucléaire ; ailleurs, ces noyaux séparés les uns des autres par de la matière amorphe interposée qui les sépare les uns des autres et en même temps les tient réunis ; puis, tout à côté, ce sont des cellules d'épithélium pavimenteux dans lesquelles le noyau est volumineux, comparativement à la masse qui l'entoure, et forme la masse cellulaire. Il semble que la matière ci-dessus interposée aux noyaux a été divisée, dans l'intervalle de ceux-ci, sur d'autres culs-de-sac ; enfin, ce sont des cellules parfaitement développées qui sont plus ou moins grandes et ont la forme pavimenteuse la plus régulière. Or, ce qui arrive pour ces épithéliums nucléaires se montre aussi pour les cylindriques, c'est-à-dire que cet épithélium peut aussi se transformer en pavimenteux. Ainsi, dans les glandes hypertrophiées du col de l'utérus dont nous parlons, il n'est pas rare de trouver, au lieu d'épithélium cylindrîque, des culs-de-sac entiers représentés, dans la gaîne qu'on a sous le microscope, entièrement par des cellules pavimenteuses les plus belles et ayant une régularité de disposition très élégante. Dans les glandes voisines à celle qu'on observe,

et quelquefois sur la même gaîne épithéliale, on trouve des cellules dans lesquelles la longueur l'emporte sur les autres diamètres, et conduisent à des cellules cylindriques. Cette transformation de l'épithélium cylindrique en pavimenteux se rencontre surtout dans ces polypes utéro-folliculaires représentés par une ou deux glandes hypertrophiées et dilatées en forme de kyste, supportées par un pédicule cellulaire plus ou moins long et recouvert d'une muqueuse amincie. Cette métamorphose s'observe également dans certains kystes des tubes de l'épidydyme, lesquels tubes sont tapissés d'épithéliums à cellules cylindriques, qui passent à l'état pavimenteux à mesure que le kyste grandit, si ce n'est toutefois dans les cas où l'épithélium se détache et disparaît, se résorbe en totalité. Cette métamorphose d'une forme d'épithélium en l'autre, qui est toujours un passage de la nucléaire ou cylindrique à la pavimenteuse, n'offre pas seulement qu'un intérêt d'anatomie pathologique ; il importe d'être prévenu de son existence pour ne pas avoir, pendant l'examen, l'esprit entraîné à l'idée de quelque chose d'extraordinaire. Cette métamorphose est un fait fréquent dans les hypertrophies glandulaires en général ; c'est aussi un fait fréquent que de rencontrer dans ces hypertrophies, à côté d'un épithélium cylindrique ou pavimenteux bien formé, des éléments d'épithéliums nucléaires, c'est-à-dire des noyaux libres, pareils à ceux que contiennent les cellules, et qui semblent être de ces derniers éléments dont le noyau seul s'est formé par la masse de cellules.

Je ne veux pas quitter cette sorte d'hypertrophie des glandes du col utérin avec hypertrophie de toute la muqueuse de manière à former un polype, sans en rapprocher les polypes du rectum assez fréquents chez les enfants. Rougeâtres, très vasculaires, moins friables, contenant quelquefois dans leur profondeur de petites cavités kystiformes, ces polypes sont formés aussi par hypertrophie locale de la muqueuse et

surtout de l'élément glandulaire. On peut cependant presque toujours trouver au centre, surtout au centre du pédicule, quand on l'obtient, un faisceau de tissu cellulaire mêlé d'éléments fibro-plastiques et de matière amorphe. La partie principale du polype du reste, la partie renflée surtout, est en grande partie formée par les follicules du rectum qui sont hypertrophiés, et quelques-uns sont un peu dilatés en kystes, comme je l'ai dit plus haut. De ces glandes aussi on peut retirer les gaînes épithéliales, épaissies, représentées par un, deux ou trois rangs de cellules. Les plus internes ont assez régulièrement la disposition des cellules d'épithélium cylindrique; les plus extérieures sont confusément arrangées, souvent ovoïdes, courtes, mêlées de noyaux libres ou épithélium nucléaire, ainsi que de matière amorphe en général assez molle.

Ces gaînes d'épithélium reproduisent la forme de la glande, dont la paroi propre n'est pas toujours bien isolable. Les deux ou trois bosselures, culs-de-sac rudimentaires qu'on trouve normalement au fond des follicules de l'intestin, sont ici allongées et donnent alors à la glande l'aspect d'un acinus à plusieurs culs-de-sac plus ou moins bien développés. C'est la même affection que dans la muqueuse du col utérin, mais avec les différences apportées par la dissemblance qui existe entre la muqueuse utérine et celle du rectum.

Il existe une troisième sorte d'hypertrophie des glandes du col; elle se retrouve aussi dans d'autres régions du corps, mais avec des différences pathologiques qui correspondent aux dissemblances des tissus normaux. Je veux parler de cette sorte d'hypertrophie glandulaire par laquelle commencent certaines tumeurs épidermiques. Au col de l'utérus cette hypertrophie détermine un gonflement de l'organe avec irrégularité de la surface, dont on fait suinter par la pression une matière demi-liquide, comme contenant du sable mouillé. Ces tumeurs, souvent confondues avec le cancer, guéris-

sent facilement après l'amputation. M. Nélaton, qui m'a fait remettre un col de l'utérus ainsi lésé dont il a fait l'amputation, m'a dit que déjà les signes cliniques lui avaient appris à distinguer cette lésion du cancer. Une fois ulcérées, ces tumeurs envahissent rapidement les tissus voisins en même temps qu'elles se détruisent à la surface, et à la longue on ne peut reconnaître que sur des parties limitées leur origine glandulaire.

Voici maintenant ce qu'apprend leur analyse faite à l'aide du microscope.

Dans les tumeurs les moins avancées, ou plus souvent dans la partie la moins malade de celles qui sont déjà ulcérées, on trouve des glandes hypertrophiées dont la cavité est plus ou moins dilatée par une matière demi-liquide, d'un gris blanchâtre, qui n'a plus la viscosité du mucus du col, et qui est moins crémeuse que le suc du cancer. Ce liquide ressemble, pour la consistance, un peu à du sable mouillé ou à de l'amidon mouillé avec de l'alcool. L'épithélium de ces glandes est hypertrophié, mais on ne peut plus le détacher en lambeaux ou gaînes ; les cellules se détachent facilement ; elles sont de forme plus irrégulière qu'à l'état normal et souvent très variées.

Le contenu des glandes est formé et doit son aspect à des cellules en suspension dans un liquide ou sérum généralement peu visqueux et peu abondant, comparativement aux éléments en suspension. Il est fréquent aussi de trouver beaucoup d'épithélium nucléaire mêlé aux cellules déformées. A la coupe, le tissu offre un aspect de coloration grisâtre, plus ou moins friable, suivant les parties de la pièce. Par la pression, on en fait sortir le liquide dont nous avons parlé ; de certaines cavités il sort sous forme d'un petit filament blanchâtre plus ou moins consistant, ressemblant un peu à de la matière sébacée, et formé de cellules irrégulières, de noyaux et de beaucoup de granulations moléculaires.

En examinant au microscope, on peut reconnaître qu'il s'est formé de l'épithélium cylindrique, non-seulement dans la cavité des glandes, mais que l'épithélium hypertrophié a déterminé l'atrophie de la paroi propre de ces organes, et alors la formation de cellules d'épithélium a lieu en dehors de la glande dans le tissu dn col ambiant, entre ses éléments : c'est ce qu'on appelle *infiltration des tissus par l'épithélium*. Les éléments du tissu s'atrophient, d'où la friabilité des tissus morbides dans lesquels l'épithélium est devenu plus abondant que les autres éléments ; d'où aussi la rapide exfoliation de ce tissu quand le col est ulcéré. Cette ulcération gagne ainsi rapidement dans la profondeur; car, une fois la formation d'épithélium commencée en dehors des glandes, elle gagne facilement tous les tissus voisins au fur et à mesure de l'exfoliation de la surface. Cet ulcère est fétide, à bords taillés à pic, etc... L'important ici est donc d'opérer de bonne heure l'amputation, avant que le mal ait gagné profondément. Voilà ce que montre l'anatomie pathologique ; et ce que j'ai dit plus haut du cas de M. Nélaton montre qu'on peut, sur le malade, arriver à poser un diagnostic qui, grâce à ces détails anatomo-pathologiques, pourra prendre une grande précision et conduire à des indications nettes.

On peut avant l'opération enlever sur le malade de petits fragments pour les examiner au microscope et s'assurer qu'il ne s'agit pas de tissu cancéreux. C'est ce que j'ai fait dans un cas sur la prière de M. le professeur Laugier, et l'opération, suspendue quelque temps de peur de maladie cancéreuse, a été faite avec succès. Ce cas a été cité par un de mes élèves M. le docteur Toutan. (*Thèse* pour le doctorat en chirurgie ; Paris, 1851.)

Quand une fois la formation d'épithélium a commencé à se faire hors des glandes, on a sous les yeux une des formes de *tumeurs épithéliales* ou cancroïdes, la plus grave même, celle que M. Lebert appelle *dermo-épidermique* et que j'ap-

pelle dans mon cours d'*origine glandulaire*. C'est, en effet, par hypertrophie des glandes sébacées de la face ou du cuir chevelu que commencent certaines des tumeurs épidermiques dont il est question ; c'est ce que montre la présence de glandes arrivées à des degrés divers d'hypertrophie qu'on trouve souvent autour de ces tumeurs épidermiques. Ce sont ces tumeurs qui prennent un volume souvent considérable et donnent lieu à la formation d'épithélium dans les ganglions lymphatiques voisins. Une fois qu'elles atteignent l'os (ce qui arrive quelquefois avant que la peau ait été ulcérée de la profondeur à la surface), elles pénètrent dans le tissu osseux et en déterminent la résorption.

Sur un malade de l'Hôtel-Dieu observé dans le service de M. Roux, fait alors par M. Gosselin, un malade présentait des polypes formés par une hypertrophie des glandes de la muqueuse nasale. Après l'arrachement, l'hypertrophie des glandes du reste de la muqueuse prit le caractère de celle dont nous venons de parler, et le malade finit par mourir de méningite par suite d'envahissement des os sphénoïde et ethmoïde par la production épidermique. Les cellules conservaient, à 2 centimètres de profondeur dans les os, les caractères de l'épithélium cylindrique de la muqueuse nasale et de l'épithélium nucléaire des glandes de la pituitaire. Ce dernier était semblable à celui trouvé sur les polypes lors de leur arrachement. La cloison était également envahie comme les parois du col dans l'utérus ; les cellules cylindriques étaient plus irrégulières qu'à l'état normal ou que dans les cas où il y a simple hypertrophie des glandes sans destruction de leur paroi propre, ni formation épithéliale au dehors. Ainsi, il y a des tumeurs épidermiques ou cancroïdes formées par l'épithélium cylindrique comme par du pavimenteux; et non-seulement ces tumeurs naissent toujours uniquement là où il y a des glandes, mais encore on peut, dans la plupart des cas, suivre les diverses phases de la lésion sur une même pièce. Cela

s'applique aussi bien aux tumeurs à épithélium pavimenteux, qui commencent par être sous-cutanées, qu'à celles formées d'épithéliums cylindriques. Quant aux cancroïdes pavimenteux superficiels, ou *papilliformes*, commençant par la surface du derme, je renvoie, pour leur histoire, au *Traité du cancer* de M. Lebert. Leur origine, n'étant pas glandulaire, ne les rapproche pas de ce qui fait le sujet de ce travail.

Je viens de parler de l'affection de glandes qui sont implantées dans l'épaisseur de certains tissus, dont elles forment en quelque sorte une des parties constituantes élémentaires; de glandes qui sont plus ou moins rapprochées ou écartées les unes des autres, mais qui toujours sont séparées l'une de l'autre par la trame du tissu dans lequel elles se trouvent plongées (tissu cellulaire sous-cutané, sous-muqueux, ou tissu de la muqueuse du col). J'ai renvoyé à dessein ce qui concerne les glandes en grappes composées pour en parler à part. Je ne dirai rien de la dilatation de leurs conduits, lésion qui se rapproche du premier ordre dont j'ai parlé en traitant des œufs de Naboth.

Je ne dirai rien non plus de cette lésion dont je viens de parler en dernier lieu, qui commencerait par une hypertrophie de leur épithélium, avec résorption de leur paroi propre et envahissement des autres tissus par cet épithélium; car on n'a pas observé de cas de ce genre pour les glandes en grappes composées. Cependant ce cas n'est pas impossible, et la formation d'épithélium dans quelques hypertrophies mammaires est telle, que, si on les laissait aller jusqu'à ulcération, leur marche, après cela, pourrait bien être analogue à celle des cancroïdes dont il vient d'être question.

Mais l'hypertrophie pure et simple de ces glandes est très commune. Je ne parlerai pas de celle de la mamelle, trop bien décrite par M. Lebert; je veux seulement parler de celle des glandes salivaires (V. la *Thèse pour le doctorat en chirurgie* de M. le docteur Toutan déjà citée); j'en ai ana-

lysé une venant des glandes molaires, une de la parotide, une des glandes sous-muqueuses des lèvres opérée par M. Robert, deux du voile du palais, opérées, l'une par M. Nélaton, l'autre par M. Michon. Dans tous ces cas la structure était la même ; je ne donnerai donc qu'une description commune. Je dirai toutefois que, dans celle de la parotide, les vésicules adipeuses qui entrent normalement dans la structure de cette glande s'étaient développées en grande quantité. Dans les trois derniers cas que je viens de citer les tumeurs étaient enkystées. Je renvoie pour les caractères extérieurs à la description donnée par M. Gaillet.

Pour se rendre compte de cet enkystement, qui n'est pas rare dans les hypertrophies partielles de la mamelle, il faut avoir présent à l'esprit les faits suivants. J'ai montré depuis longtemps dans mon Cours d'Anatomie générale qu'il y a dans les glandes deux choses différentes, ayant chacune leur structure propre. C'est, d'une part, le tissu sécréteur représenté par les culs-de-sac de chaque *acini*, ou tubes sécréteurs, portion sécrétante; il y a d'autre part la portion excrétante ou tubes excréteurs. Chacune de ces portions a un épithélium différent : pour la mamelle, il est nucléaire dans les *acini* ; pavimenteux, dans les conduits excréteurs. Les parois n'ont pas non plus la même structure. J'ai montré aussi qu'avec l'hypertrophie glandulaire il n'y a pas *hypersécrétion*, et que ce n'est que la partie sécrétante du tissu qui s'hypertrophie, pendant qu'au contraire les conduits excréteurs s'atrophient. Ceci coïncide avec les expériences de M. Bernard, qui montrent qu'en poussant du suif dans le canal du pancréas sur un chien vivant, toute la glande se résorbe, moins les conduits excréteurs : c'est-à-dire que toute la portion sécrétante de l'organe disparaît, tandis que la portion excrétante persiste tout entière, au moins pendant plusieurs semaines après l'atrophie des *acini*.

Or, dans l'hypertrophie des glandes en grappes, si un de

leurs lobes ou une petite glande salivaire sous-muqueuse grossit, elle distend et comprime le tissu cellulaire voisin, elle s'enkyste de la sorte; et comme en même temps le canal excréteur s'atrophie, lorsque la résorption de celui-ci est complète, l'enkystement est complet lui-même. Aussi trouve-t-on la glande ne tenant aux parois du kyste que par de fins vaisseaux capillaires, et dans le cas de M. Robert, dès l'incision des parois de l'enveloppe, la tumeur est sortie brusquement de sa cavité.

Voici maintenant, pour terminer, ce que j'ai trouvé dans ces tumeurs que j'ai examinées soit seul, soit avec MM. Galliet et Denucé, qui ont vérifié les faits que je décris.

Dans tous les cas dont je parle, les culs-de-sac avaient pris un volume trois à quatre fois plus considérable en largeur qu'à l'état normal; leur transparence naturellement était beaucoup moindre et leur étude plus difficile. L'épithélium, au lieu d'être nucléaire, à noyaux séparés, était devenu pavimenteux, à cellules plus ou moins grandes, mais très nettes, quoique plusieurs soient assez irrégulières. Tantôt on avait seulement retiré la gaîne épithéliale du cul-de-sac; d'autres fois le cul-de-sac était entier, et sa paroi propre, restée très mince, était seulement un peu granuleuse. Dans la mamelle, elle devient souvent fibroïde. La couche d'épithélium était surtout fort épaissie et composée de deux ou trois rangs de cellules assez peu régulièrement rangées. Il faut noter, en outre, la présence de quelques noyaux d'épithélium nucléaire qu'on trouvait dans le champ du microscope, et venant de tubes sécréteurs rompus. Des éléments fibro-plastiques assez abondants, de la matière amorphe et des granulations moléculaires étaient interposés aux culs-de-sac. Peu de vaisseaux, et tous capillaires, malgré le volume des tumeurs (la plus grosse avait le volume d'un œuf; celle-ci contenait quelques conduits excréteurs dilatés; c'est le seul

cas de ces dilatations que j'aie observé, sauf dans la mamelle, où cela est moins rare).

Enfin, j'insisterai, en dernier lieu, sur la présence très réelle de cellules d'épithéliums assez abondantes, tout à fait libres, disposées en amas entre les culs-de-sac; elles étaient surtout manifestes dans les deux plus grosses tumeurs (cas de MM. Nélaton et Michon). Comme au contraire les acini étaient moins nombreux que dans les autres cas observés, je suis très porté à croire que c'étaient des épithéliums provenant de culs-de-sac dont les parois s'étaient résorbées; cellules qui avaient continué à se multiplier hors des conduits comme au dedans, mais toutefois en prenant des formes moins régulières. J'ai vu un cas analogue dans une tumeur hypertrophique non enkystée de la mamelle, qui me fut apportée par M. Ad. Richard. Si donc on laissait ces tumeurs s'ulcérer, on conçoit qu'elles pourraient se comporter d'une manière analogue aux cancroïdes.

Ainsi, on voit que les hypertrophies glandulaires forment une classe de tumeurs très étendue, pouvant s'observer dans toutes les glandes. De plus, l'analyse anatomique montre qu'il ne faut pas confondre les dilatations kysteuses avec les hypertrophies proprement dites (voyez les cas ci-dessus des glandes salivaires et ceux des glandes rectales dans les cas de polypes du rectum cités précédemment), ni celles-ci avec les productions d'épithélium dans l'intérieur des glandes; productions qui détruisent peu à peu la glande après l'avoir distendue, pour ensuite envahir les tissus voisins et former une des affections les plus graves à cause de cet envahissement, bien que pourtant ce soit là une maladie tout à fait locale et non une affection susceptible de se généraliser à la manière du cancer.

Ces tumeurs épidermiques et quelques autres homœomorphes, c'est-à dire formées d'éléments semblables à ceux qui existent dans l'organisme, sont pourtant susceptibles de se

reproduire ; mais seulement sur place (ou dans les ganglions les plus voisins pour les tumeurs épithéliales), soit parce qu'on en a laissé quelque partie, soit parce que c'est là un de leurs caractères propres; car on ne voit pas pourquoi une tumeur qui s'est produite une fois ne pourrait pas se reproduire une deuxième ou une troisième fois à la même place. C'est l'observation au lit du malade qui doit décider si une tumeur peut ainsi habituellement se reproduire une ou plusieurs fois. Déjà elle a montré que les tumeurs que le microscope a fait reconnaître pour être formées à peu près en totalité par des noyaux de l'élément fibro-plastique se reproduisent ordinairement une ou deux fois sur place, mais rarement un plus grand nombre de fois. Cela reconnu, lorsque maintenant on trouve à l'aide du microscope qu'une tumeur est formée en presque totalité de noyaux fibro-plastiques, on peut, grâce à cet examen, se tenir sur ses gardes relativement à une récidive. C'est ce fait, de la nécessité de voir une fois pour toutes au lit du malade, quelles sont les tumeurs reconnues à l'aide du microscope comme formées d'éléments différents, c'est-à-dire d'espèces différentes, qui récidivent, et celles qui ne récidivent pas, afin que par la suite l'examen microscopique immédiat puisse faire prévoir la récidive ou la non-récidive, selon les espèces; c'est ce fait, dis-je, qui, superficiellement interprété, a fait dire à tort par quelques pathologistes que, de l'aveu des anatomistes eux-mêmes, le microscope n'enseigne rien sur la nature et le traitement des tumeurs. Ce n'est point là ce que disent les anatomistes ; ils disent que les éléments qui caractérisent les espèces de tissus normaux et morbides ne pouvant pas être vus à l'œil nu, il faut de toute nécessité les observer à l'aide du microscope : or, une fois que l'observation a montré qu'avec tel élément survient la récidive, sur place et ailleurs (éléments cancéreux), sur place seulement (les tumeurs fibro-plastiques formées surtout de noyaux, et encore pas toujours) ; alors,

quand le microscope vous montrera cet élément, tenez-vous sur vos gardes ; mais s'il ne vous montre que ceux du tissu fibreux, qu'accompagne fort rarement la récidive, alors rassurez le malade sans crainte de trop vous avancer.